

# COMMUNE DE LOCOAL MENDON

## FICHE SANITAIRE

### RESTAURANT SCOLAIRE – GARDERIE PERISCOLAIRE – ACCUEIL DE LOISIRS

#### L'enfant

Garçon     Fille

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

#### Vaccinations

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole- Oreillons- Rougeole	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
OU DT Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres (à préciser)	
OU Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
B.C.G.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication. Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

#### Maladies

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ?     Oui     Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).  
Aucun médicament ne pourra

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Varicelle	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Angine	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Rhumatisme articulaire aigu	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Scarlatine	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Coqueluche	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Otite	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Rougeole	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Oreillons	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Asthme	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Alimentaire	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Médicamenteuses	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Autres	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

#### Allergies

Précisez la cause de l'allergie (joindre un certificat médical et pour les allergies graves, mise en place obligatoire d'un P.A.I.) et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

En cas d'urgence, l'enfant doit-il être conduit :

Dans un établissement particulier : \_\_\_\_\_  
Chez un médecin particulier : \_\_\_\_\_

**Recommandations  
utiles des parents**

Précisez si l'enfant porte des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc.... :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Responsable de  
l'enfant**

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Téléphone : Domicile : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

**Médecin traitant**

NOM : \_\_\_\_\_

VILLE : \_\_\_\_\_ N° Téléphone : \_\_\_\_\_

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du service à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature